「在宅緩和ケアに対応可能な訪問看護ステーション」調査票

　令和　　　年　　　月　　　日

# 【基本情報】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目 | 回答 |
| １ | 事業所名 |  |
| ２ | 郵便番号 | 〒 |
| ３ | 住所 |  |
| ４ | 電話番号 |  |
| ５ | 担当者名 |  |
| ６ | メールアドレス |  |

※「５　担当者名」及び「６　メールアドレス」は、ホームページ及び冊子等に掲載しません。

# 【調査項目】

１　貴事業所は、次の２点の両方に対応可能ですか。

・麻薬での症状コントロール

・２４時間の連絡体制・緊急時対応

　可 （→２を回答してください。）

　不可 （→お答えいただいた情報は、ホームページ及び冊子等に掲載しません。）

２　（［可］と回答された場合）対応エリアを記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 対応エリア | （記入例１）広島市内全域 |
| （記入例２）広島市中区、東区、南区、西区、安芸区 |
| （記入例３）○○市内、片道30分以内 |
|  |

※　貴事業所が訪問看護を提供しているエリアを記載してください。

【回答先】

ＦＡＸ：０８２－２２３－３５７３

E-mail：fukensui@pref.hiroshima.lg.jp

担当：広島県 健康福祉局 健康づくり推進課

がん医療・共生グループ